

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ABDOMINALE AVEC ENFANT VIVANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Novembre 1925

PAR

André-Marie-Dominique JOLLY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à NANTES (Loire-Inférieure), le 19 février 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur...	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ABDOMINALE AVEC ENFANT VIVANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Novembre 1925

PAR

André-Marie-Dominique JOLLY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à NANTES (Loire-Inférieure), le 19 février 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MM. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

MM.	MM.		
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAËT.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCÉTEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY.
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	ANDÉR.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA SOEUR — A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TURLAIS

Professeur à l'École de Médecine d'Angers.

Il fut notre maître au début de nos études
et sut nous inculquer le goût de notre art.
Qu'il veuille bien accepter ce témoignage de
reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,*

*Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il nous soit permis de lui exprimer
respectueusement notre gratitude pour sa
grande bienveillance dans les moments diffi-
ciles que nous avons rencontrés.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

Sous-directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,

*Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON JURY DE THÈSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PRINCETEAU

*Chirurgien des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

En témoignage de reconnaissance pour le
grand honneur qu'il a bien voulu nous faire
en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ABDOMINALE

AVEC ENFANT VIVANT

INTRODUCTION

Nous ne prétendons pas dans cette thèse apporter des faits inédits, ni éclairer d'une lumière nouvelle le sujet dont nous avons pris l'étude. Notre but a été seulement de rassembler dans une vue synthétique la somme éparse de nos connaissances sur un accident rare et grave dont il nous fut donné de recueillir une intéressante observation grâce à l'obligeance du docteur Massé à qui nous exprimons ici notre gratitude.

Si dans la pratique gynécologique les cas de grossesse extra-utérine jeune sont assez fréquents et bien connus, ceux dans lesquels le fœtus placé dans la cavité abdominale arrive à se développer normalement jusqu'au moment où, étant à terme, le chirurgien viendra artificiellement lui donner le jour, sont extrêmement rares.

Tel est pourtant le cas de la femme dont l'observation a servi de point de départ à notre thèse.

Mais cette heureuse évolution est trop exceptionnelle pour qu'on puisse se laisser aller à une vaine confiance. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de reprendre toute l'histoire de la grossesse abdominale afin de chercher à dégager quelle sera la plus sage conduite en présence de semblable accident.

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Anatomie pathologique.

On entend par grossesse abdominale une variété de grossesse extra-utérine dans laquelle l'œuf fécondé placé en dehors du tractus génital se greffe et se développe sur le péritoine dans la cavité abdominale.

Le plus habituellement l'œuf ne se fixe pas directement dans la cavité péritonéale, mais étant fécondé lors de son transit dans la trompe, s'y arrête et s'y développe, constituant une grossesse primitivement tubaire.

Celle-ci, secondairement, deviendra abdominale suivant le mécanisme que nous avons décrit.

I. --- Grossesse abdominale secondaire.

L'œuf fixé dans la trompe peut subir une évolution dépendant principalement de son lieu d'implantation.

La trompe de Fallope présente deux portions bien distinctes : l'une, dite interstitielle, est contenue tout entière dans l'épaisseur du muscle utérin ; l'autre, libre, est comprise dans l'aileron moyen du ligament large qui lui forme un méso entre la corne utérine et le ligament infundibulo-pelvien.

Elle comprend : *a*) une portion interne, l'isthme ; *b*) une portion externe, l'ampoule ; *c*) un pavillon frangé s'ouvrant largement dans la cavité péritonéale amarré à l'ovaire, qui est l'infundibulum.

Nous laisserons de côté la grossesse interstitielle et même la

grossesse isthmique dans laquelle il se fait bien une expansion abdominale libre du sac, mais où la grossesse n'évolue pas habituellement et se trouve interrompue très précocement par apoplexie ovulaire s'accompagnant de rupture primaire du sac et d'hémorragie intrapéritonéale diffuse.

Dans le cas de grossesse ampullaire, on peut assister à deux évolutions :

1° Soit à l'apoplexie ovulaire précoce, déterminant la mort du fœtus ;

2° Ou bien l'œuf se développe :

Le sac peut rester exclusivement tubaire, et l'ampoule augmente progressivement de volume sous le péritoine.

Mais le plus souvent, le sac fœtal devient à la fois tubaire et intrapéritonéal, il est alors constitué en partie par la paroi tubaire et en partie par les néomembranes qui le fixent aux organes voisins ; cette évolution tubo-péritonéale peut se faire selon deux mécanismes :

a) L'expansion intrapéritonéale se fait directement par l'ostium abdominale (grossesse tubo-abdominale secondaire directe) ;

b) L'expansion se fait indirectement par effraction de la paroi tubaire (grossesse tubo-abdominale secondaire indirecte).

La rupture du sac tubaire contenant un œuf en évolution a pour siège d'élection la zone d'insertion pariétale de l'œuf qui se trouve rongée par les villosités placentaires. Couvelaire, dans sa thèse, rapporte, sous le n° XIV, une observation qui montre comment se fait cette expansion ; voici ce qu'on a trouvé à l'opération.

OBSERVATION I

Sac renfermant un fœtus vivant de 15 cent. 8. Le pôle pelvien du sac rétro-utérin était constitué par une large coupe tubaire dont les bords adhérents aux organes pelviens se continuaient avec un dôme mi-néomembraneux, mi-épiploïque. A ce couvercle épiploïque adhérait intimement le pôle membraneux de l'œuf (amnios et chorion

membraneux). Il est vraisemblable que l'amincissement du sac tubaire au niveau du pôle membraneux de l'œuf a permis sans grand fracas et progressivement la hernie de ce pôle membraneux qui s'est secondairement fixée, si le sac ne l'était déjà pas, à l'épiploon et aux organes voisins.

II. — Grossesse abdominale primitive.

A côté de ce mécanisme qui est le plus fréquent, Veit, au Congrès de Würzburg, en 1903, constata l'existence d'une grossesse abdominale primitive, c'est-à-dire où l'œuf fécondé avant de pénétrer dans la trompe se greffe d'emblée sur le péritoine.

En général, il est assez difficile d'affirmer que l'on se trouve en présence de cette variété de grossesse abdominale, car il ne suffit pas de trouver un fœtus et un placenta dans la cavité abdominale, il faut prouver qu'il ne s'est pas développé avant dans la trompe ou dans l'ovaire.

Jacquin cite un cas fournissant, dit-il, la preuve indéniable de l'existence de la grossesse abdominale primitive.

OBSERVATION II

Le 24 août 1919, on lui amena une femme présentant tous les signes d'une grossesse extra-utérine rompue.

A la laparotomie, les annexes étaient indemnes et on découvrit au fond du Douglas, à la partie postérieure de l'utérus, une déchirure de l'étendue d'une noisette qui saignait fortement. On y plaça quelques sutures, mais la femme succomba peu après.

L'examen histologique montra :

- 1° Que les annexes n'avaient pas participé à la grossesse;
- 2° Que la grossesse s'était établie dans le Douglas;
- 3° Qu'elle n'avait été interrompue que peu de temps avant la mort de la femme (villosités fraîches).

Ceci prouve donc que la grossesse abdominale primitive existe réellement.

ÉVOLUTION DE L'ŒUF

L'œuf est toujours revêtu de ses deux enveloppes d'origine fœtale (le chorion et l'amnios) coiffées des éléments qui l'avoisinent. Dans la grossesse abdominale, l'enveloppe d'origine maternelle est tout entière formée par des néomembranes péritonéales qui adhèrent aux organes voisins. La zone d'insertion pariétale se trouve alors constituée par des éléments d'origine fœtale se substituant aux éléments maternels.

Il se produit un envahissement des vaisseaux maternels par les villosités fœtales; en effet, il n'y a pas de limite nette entre la capsule externe de l'œuf et la paroi du sac; c'est la différence essentielle entre la capsule externe de l'œuf ectopique et de ce qu'on appelle la decidua serotina utérine. Ce fait constitue un argument en faveur de l'origine fœtale des éléments de la capsule de l'œuf ectopique jeune, éléments qu'aucune barrière ne contient. Cette limite est si peu nette que Poppel, Léopold, Cornil et Stroganoff ont pu voir des villosités choriales en pleine couche musculaire. Elles correspondent vraisemblablement à l'envahissement par le tissu conjonctivo-vasculaire fœtal des colonnes cellulaires fœtales qui, dès les premiers jours, se fraient un chemin jusque dans les cavités vasculaires maternelles (Couvelaire).

Du côté maternel, il existe cependant une réaction au contact du chorion; les tissus maternels deviennent très vasculaires et présentent une intense infiltration leucocytaire diffuse constituant dès les premières semaines le phénomène le plus net de réaction maternelle.

LE KYSTE FŒTAL

Le kyste fœtal est le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale. Mais il peut présenter des contractions aussi fréquentes et énergiques que l'utérus. Pinard fait en outre remarquer que le kyste fœtal peut :

1° Être tellement entouré par des anses intestinales passant au-devant de lui et tellement adhérentes qu'on ne peut le décoller ;

2° Qu'il présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire, pouvant se rompre séparément.

L'EMBRYON

A mesure que la grossesse avance en âge, le fœtus augmente de volume.

Si son enveloppe maternelle de fortune peut suffire à cet accroissement, la grossesse évoluera jusqu'à terme. Le fait ici n'est pas exceptionnel, car les parois du système fœtal cèdent assez bien à la distension.

Bien souvent, sans cause apparente, on assiste cependant à la mort d'un fœtus qui semblait viable. La plupart des auteurs expliquent l'interruption de la grossesse par l'incapacité du « porteur de fruit » de s'hypertrophier comme l'utérus et par l'action érosive des villosités choriales qui fait éclater le sac. Lichtenstein considère que cette explication est insuffisante. Il croit que l'évolution de la grossesse est conditionnée avant tout par le lieu d'insertion du placenta qui trouve ou non des vaisseaux nourriciers suffisants. Les lieux d'élection sont : au niveau de la trompe, l'insertion vers sa base sur le méso-salpinx ; au niveau de l'ovaire, vers le hile. Il appelle « basiotrope » cette insertion au niveau des troncs vasculaires. Cet auteur a compulsé un grand nombre d'observations allemandes et étrangères, d'où il résulte un pourcentage de 80 p. 100 d'insertions basiotropes pour la grossesse ovarique et de 90 p. 100 pour la grossesse d'origine tubaire sur un total de 223 grossesses ectopiques arrivées à plus de 5 mois. Aussi croit-il que si elles ont pu se développer jusqu'à cette époque, cela est garant d'une nourriture suffisante pour arriver jusqu'à terme.

Le fœtus à terme ne pouvant être expulsé finit toujours par mourir au plus tard le neuvième mois à la suite de phénomènes

de faux travail. Alors il se flétrit, se ratatine, s'infiltré de sels calcaires, on lui donne alors le nom de « lithopoedion ». Dans cet état, il peut être longtemps toléré : quinze ans (Follet), vingt et un ans (Bégouin), cinquante-six ans (Sappey).

« Mais le plus souvent le kyste fœtal, probablement par suite de la proximité de l'intestin, s'infecte secondairement, suppure, et après avoir occasionné la septicémie, s'ouvre soit à la peau, soit dans l'intestin ou dans un organe creux quelconque » (Bégouin).

CHAPITRE II

Étiologie.

Aumont, dans sa thèse, remarque la rareté des grossesses abdominales chez les primipares et le long intervalle habituel entre la grossesse ectopique et la grossesse normale précédente.

De fait, nous avons trouvé sur 26 cas de grossesse abdominale, seulement 4 primipares contre 22 multipares ayant déjà eû quatre ou cinq enfants.

Aumont ajoute : « La grossesse tubaire se présente chez des femmes jeunes et primipares, tandis que ce sont presque toujours des femmes âgées et multipares qui nous offrent des exemples de grossesse abdominale. » Mais ceci ne peut être absolu, si l'on considère en effet que la grossesse abdominale est souvent secondaire à une grossesse tubaire et pratiquement on peut observer des cas semblables chez des femmes jeunes et primipares.

Quant à rechercher la cause intime de cette évolution anormale de la grossesse, nous en sommes réduits évidemment aux théories, la cause semble résider dans la congestion et l'inflammation de la trompe qui en oblitère sa lumière : en cas d'inflammation aiguë, l'œuf peut se trouver arrêté en chemin dans la trompe (grossesse primitivement tubaire). S'il s'agit d'inflammation chronique, il se forme des adhérences fixant la trompe et le pavillon qui peuvent bien admettre le passage du spermatozoïde, mais non plus celui de l'ovule, et ainsi se réalise la grossesse primitivement abdominale; aussi l'on considère l'inflammation aiguë des trompes comme la cause principale

des grossesses tubaires et l'on rejette sur le compte de l'inflammation chronique la majorité des grossesses primitivement abdominales.

Récemment, Rubsamen a constaté l'augmentation de fréquence des cas de grossesse extra-utérine dans le cours des dernières années. Elles sont passées à 19 p. 1.000 dans les trois premiers mois de 1920 au lieu de 1,8 p. 1.000 en 1917. Il ajoute que la fréquence croissante de la gonorrhée en serait la cause. Il a d'ailleurs opéré dans ces conditions une femme qui mourut le quinzième jour de péritonite gonococcique.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic.

I. — L'utérus.

Il y a tout d'abord une remarque générale à faire : quel que soit le lieu d'implantation de l'ovule fécondé en dehors de l'utérus, il se produit dans celui-ci une vascularisation intense qui se traduit par :

1° L'hypertrophie de l'utérus pendant les deux ou trois premiers mois qui le rend comparable comme volume à un utérus gravide de deux mois et demi à trois mois pendant toute la durée de la grossesse ;

2° Le col se ramollit comme dans la grossesse normale ;

3° La muqueuse utérine s'hypertrophie et peut être expulsée sous forme de caduque vers le troisième mois pouvant en imposer pour une fausse couche d'autant plus qu'avant d'être expulsée elle se décolle peu à peu donnant lieu à des hémorragies. Après son expulsion, souvent une métrite interstitielle vient retarder l'involution de l'utérus.

II. — Signes secondaires de grossesse.

Naturellement, on trouve tous les autres signes de probabilité habituelle à la grossesse : congestion des seins, écoulement de colostrum, état nauséux et vomissement, etc...

III. — Diagnostic.

Au début, le diagnostic de la grossesse abdominale se confond avec celui de la grossesse extra-utérine en général (et d'ailleurs bien souvent elle commence par être tubaire). L'évolution seule permettra de se rendre compte à quelle variété appartient cette grossesse, car le développement jusqu'au terme d'une grossesse ectopique est, peut-on dire, l'apanage exclusif de la grossesse abdominale. Aussi nous étendrons-nous plus spécialement sur le diagnostic après le cinquième mois. Les signes de probabilité de grossesse attirent les premiers l'attention faisant penser à un début de grossesse normale. Cependant, on est frappé par ce fait que ces femmes présentent bien souvent des hémorragies répétées survenant principalement à l'époque habituelle des règles et qu'elles éprouvent des douleurs abdominales d'une intensité remarquable, douleurs passagères, vives, en tranchées un peu semblables à des coliques utérines. Elles deviennent de plus en plus vives et peuvent s'irradier vers le haut.

Lorsque, dans ces conditions, la femme consulte, on trouve par le toucher des signes de tumeur siégeant aux côtés de l'utérus accompagnés de quelques signes de probabilité de grossesse. Mais le diagnostic de la nature de cette tumeur est délicat et bien souvent on n'en est assuré que par l'apparition de quelque accident : hémorragie intrakystique ou rupture du sac.

Habituellement, vers le troisième mois, à l'époque coutumière des règles, il se produit des phénomènes péritonéaux plus ou moins accusés, accompagnés de crises douloureuses, écoulement sanguin par la vulve et souvent expulsion de membranes. La congestion qui se produit dans le système génital a pour effet, en même temps qu'elle provoque l'apoplexie ovulaire ou la rupture de la trompe, de finir de détacher la caduque utérine développée en même temps que la grossesse ectopique. Les douleurs sont très vives, le caractère généralisé franchement péritonéal, s'accompagnant de nausées, vomissements, vertiges, de lipothymie et d'une tension légère des muscles abdominaux.

Elles s'irradient plus ou moins vers le haut, dans la base et à la partie antérieure du thorax, voire dans le cou, à sa base et même dans le dos. Cette irradiation est caractéristique de la rupture du sac et de l'hémorragie intrapéritonéale.

D'une façon générale, lorsque les accidents péritonéaux sont très accusés, l'œuf meurt presque constamment et la situation impose une intervention d'urgence.

Mais, au contraire, si la rupture de la trompe se fait progressivement, des néomembranes viennent enkyster l'œuf et les phénomènes péritonéaux sont réduits à leur minimum. En même temps, l'œuf continue à vivre. Il en est de même dans les grossesses primitivement abdominales où l'œuf ne trouve aucun obstacle à son accroissement, rendant ainsi exceptionnelle l'apoplexie ovulaire. Et la difficulté du diagnostic entraîne bien souvent des erreurs funestes.

IV. — L'erreur de diagnostic : la fausse couche.

On se trouve alors en présence de :

Signes de probabilité de grossesse ;

Douleurs ;

Hémorragies avec expulsion de caillots et de membranes.

Tout naturellement, on pense à une fausse couche banale, alors que l'utérus n'a expulsé que la caduque développée en même temps que la grossesse ectopique. Et bien souvent, il arrive que l'on fasse un curettage de l'utérus croyant délivrer complètement la femme ; cette opération est parfaitement hors de propos, mais ce ne sera que l'évolution future qui montrera l'erreur, car le traumatisme utérin n'empêchera pas la grossesse ectopique de continuer son développement.

V. — Grossesse après le cinquième mois.

Après le cinquième mois, si le fœtus est vivant, les signes fœtaux dominant. A la palpation, on peut reconnaître la tête sous forme d'une tumeur régulière, dure et rénitente, on per-

çoit des mouvements actifs et l'auscultation permet d'entendre les bruits du cœur. Cependant, à des examens répétés, on trouve que le fœtus, quoique mobile sous la main, conserve toujours la même position comme s'il était fixé dans cette situation. En effet, les adhérences fixent directement le fœtus aux organes voisins et l'absence fréquente de liquide amniotique ne lui permet pas de se déplacer comme dans l'utérus.

Le placenta se présente habituellement sous forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse décelable à la palpation, mais indépendante et souvent assez éloignée du kyste fœtal, s'enfonçant dans le pelvis, alors que le fœtus est beaucoup plus élevé.

Le diagnostic ne peut être fait que par la constatation de l'indépendance réciproque de l'utérus et du kyste fœtal et de la vacuité de l'utérus. Bien souvent, on ne pense à rechercher ces différents signes que s'il se produit un phénomène anormal comme la douleur. Dans le cas contraire, ce ne sera qu'après un faux travail suivi de la mort du fœtus que l'on fera le diagnostic.

M. Andérodias cite l'observation suivante d'une malade considérée jusqu'au terme comme présentant une grossesse normale :

OBSERVATION III

Je fus appelé auprès d'une malade qui avait eu un faux travail, une tentative de dilatation avait été faite à la bougie d'Hégar, puis la température était montée à 41 degrés. Ces seuls renseignements me firent deviner le diagnostic avant d'être arrivé auprès de la malade.

A l'ouverture, il y avait du pus dans le ventre et un enfant mort depuis quinze jours environ...

Lorsque après le cinquième mois le fœtus est mort, le diagnostic se pose d'une autre façon. C'est celui de la nature d'une tumeur abdominale. Dans ce cas, on est évidemment tout de suite amené à rechercher les rapports qui existent entre l'utérus et la tumeur, et comme les signes de grossesse ont, la plupart

du temps, disparu, on pense, avant la résorption du liquide amniotique, à un kyste de l'ovaire soit, plus tard, à un fibrome pédiculé de l'utérus, à moins que par le palper on n'arrive à reconnaître la forme du fœtus et à en différencier les diverses parties; mais, le plus souvent, les réactions inflammatoires des organes voisins, en les épaississant, empêchent toute finesse du palper. Ceci montre toute la complexité du diagnostic en matière de grossesse abdominale, et cette difficulté a une répercussion directe sur le traitement qui sera tout différent selon le moment où le diagnostic aura été posé.

VI. — Diagnostic différentiel.

Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic différentiel au début qui peut faire hésiter entre une grossesse intra ou extra-utérine. Des cas fort ambigus ont été rapportés à ce sujet.

Nous nous cantonnerons au diagnostic différentiel après le cinquième mois où le diagnostic de grossesse abdominale peut se discuter.

Si après le cinquième mois les signes fœtaux ne sont pas perceptibles, comme cela se produit parfois (Cf. Obs. Lacouture), la constatation d'une tumeur ne présentant ni mouvements actifs, ni contractions et ne faisant pas entendre de bruit du cœur à l'auscultation, met le médecin dans un grand embarras quant à la nature de la tumeur. Les signes de probabilité de la grossesse ne peuvent permettre d'en fixer le siège. Et tantôt on prend à tort une grossesse abdominale pour une grossesse utérine jeune accompagnée de kyste de l'ovaire, tantôt on commet l'erreur inverse, comme dans le cas cité par Marcel Metzger où il prit pour une grossesse abdominale un kyste de l'ovaire accompagné d'une grossesse normale, et ne put reconnaître son erreur qu'à l'opération. C'est pourquoi il recommande dans ces cas difficiles d'opérer et « d'aller voir », ceci étant en tout état de cause la conduite la plus prudente, soit qu'on ait à extraire un fœtus ectopique, soit que, par l'ablation d'une tumeur abdominale, on évite les accidents de compression d'une grossesse normale concomitante.

CHAPITRE IV

Pronostic.

La question du traitement est subordonnée au pronostic tant en ce qui concerne la mère que l'enfant.

I. — Pour la mère.

On connaît l'adage fameux de Wœrth. « La grossesse extra-utérine doit être considérée comme une tumeur maligne. » En effet, et surtout dans les premiers mois de la grossesse, la mère est sous la menace d'accidents fort graves qui résultent de la rupture du sac : hémorragie interne, inondation péritonéale, mettant en quelques heures la vie de la femme en danger. Si le fœtus meurt, survient la possibilité d'accidents infectieux, péritonite généralisée ou septicémie.

Après le cinquième mois, les risques de rupture sont moins grands, souvent la grossesse évolue jusqu'à terme sans incident en dehors de la douleur et des signes de compression qui peuvent se produire.

Mais après un faux travail, si la femme est abandonnée en cet état, le fœtus mort constitue un danger permanent : suppuration, septicémie, fistulisation à la peau dans l'intestin ou dans un organe creux.

II. — Pour l'enfant.

Son avenir n'est guère brillant, bien qu'on arrive par l'opération à en sauver quelques-uns; nombreux sont, en effet, ceux qui meurent dans le ventre maternel, soit à la suite de rupture

de l'œuf, soit par suite de la nourriture insuffisante que fournit le placenta ectopique.

Mais, arrivés à terme, quelle sera la viabilité de ces enfants ? Voici l'opinion de Harris : « Quand un fœtus ectopique est bien développé et qu'une fois venu au monde il a vécu plus d'un mois, il n'y a aucune raison pour qu'il ne continue pas à vivre, si ce n'est le fait qu'il est trop souvent sans mère et souvent négligé. » Lawson Tait cite 3 enfants ectopins sauvés après laparotomie : 1° une fille de 8 ans, très intelligente et d'une beauté peu commune ; 2° une fille du même âge et belle enfant ; 3° un garçon qu'il espère prendre comme successeur et fils adoptif.

D'autres, au contraire, sont chétifs et nés avant terme, ne se développent que difficilement grâce à la conveuse et au gavage.

La statistique d'Orillard, portant sur 61 cas d'enfants ectopins, nous montre le pourcentage de ceux qui arrivent à se développer.

Sur 61 enfants viables :

27 vivants :

17 sans renseignements ultérieurs ;

10 avec renseignements lointains.

26 morts rapidement :

22 en moins de vingt-quatre heures ;

4 en moins de quarante-huit heures.

8 morts à une époque plus éloignée :

2 mauvaise alimentation ;

1 affaiblissement ;

1 phlébite de la veine ombilicale ;

2 convulsions ;

1 abcès, athrepsie.

Quant aux malformations sur les 61 enfants, 6 en présentaient :

3 sont morts rapidement ;

2 sont morts à une époque reculée ;

1 vivait quatre mois après.

En somme, 3 avaient des malformations incompatibles avec la vie.

On observe souvent des déformations du squelette.

Exemple : aplatissement considérable du crâne et de la face du côté gauche (Olshausen).

Allongement du diamètre occipito-frontal et aplatissement transversal du crâne de telle façon que le côté gauche est convexe et le côté droit concave (Taylor).

Aplatissement siégeant sur le pariétal gauche dont les bords chevauchent sur les os voisins. Le cuir chevelu présente une infiltration très marquée ressemblant à une bosse séro-sanguine (Crouzat et Jeannel).

Face asymétrique saillant à droite et aplatie à gauche ; la région occipitale paraît également anormalement développée (Lacouture et Massé).

En outre de ces déformations, on a cité également :

Rétraction du sterno-cléido-mastoïdien ;

Paralysie faciale ;

Dépression de l'os iliaque ;

Pieds varus équin ;

Ces déformations paraissent dues à l'absence souvent complète de liquide amniotique et aux adhérences qui immobilisent le fœtus.

Par ailleurs, on trouve avec une plus grande fréquence que chez l'enfant utérin des malformations dues au développement imparfait des organes :

Trou de Botal largement perméable ;

Testicules non descendus ;

Imperforation de l'anus ;

Bec-de-lièvre ;

Encéphalocèle ;

Spina bifida, etc...

En somme, les malformations sont plus fréquentes chez les fœtus extra-utérins. La plupart du temps, elles sont compatibles avec la vie, mais laissent des enfants difformes et chétifs physiquement. Il ne nous a pas été possible de rechercher, au point de vue intellectuel, quel développement on pouvait attendre de ces enfants.

CHAPITRE V

Traitement.

I. — Historique.

C'est à Simon que revient l'honneur d'avoir le premier, dès le XVIII^e siècle, posé l'indication opératoire dans le cas de grossesse ectopique avec enfant viable.

Dans un mémoire de l'Académie royale de chirurgie de 1768, il conclut en ces termes :

« Il est certain qu'en pratiquant l'opération césarienne dans ces cas, on eût tiré les enfants vivants du ventre de leur mère, et qu'en ne faisant pas cette opération, la vie de l'enfant est nécessairement sacrifiée. D'un autre côté, en pratiquant l'opération césarienne, on expose notablement la vie de la mère, mais en abandonnant l'enfant, c'est-à-dire en faisant le sacrifice certain de sa vie on n'est pas sûr que la mère ne périsse. Il n'y a pas à hésiter quoiqu'on ait pas des espérances aussi avantageusement fondées que dans d'autres cas de sauver la vie à la mère et à son enfant. »

C'est Heim qui le premier, en 1827, pratiqua la laparotomie dans un cas de grossesse abdominale avec enfant viable. Et Baudelocque conseillait déjà de laisser en place le placenta par crainte d'hémorragie.

Depuis, l'intervention chirurgicale s'est généralisée et à côté de la césarienne et de l'élytrotomie, destinées à donner le jour à l'enfant, ont pris place des opérations plus précoces cherchant surtout à garantir la vie à la mère.

Dès le début, on a séparé nettement au point de vue de l'indication opératoire les cas où l'enfant était viable ou non.

1° Enfant non viable. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant non viable, c'est-à-dire d'une grossesse datant de moins de cinq mois, tous les chirurgiens sont d'accord pour opérer aussitôt dans la crainte de ces accidents précoces si fréquents d'apoplexie ovulaire ou de rupture. La femme est, en effet, trop loin du terme de viabilité de l'enfant pour qu'on lui fasse courir les risques d'une attente en somme fort dangereuse pour elle et très hypothétique pour l'enfant. A ces cas-là, la formule de Woerth s'applique d'une façon absolue et l'on doit débarrasser la femme au plus tôt de cette « tumeur maligne ».

Avant qu'on se lançât à opérer ces cas, considérant en somme la tolérance de l'organisme lorsque le fœtus est mort, on s'efforça de le tuer : soit par ponction du kyste fœtal (Keller, 1872) ; soit par injection capillaire de substances narcotiques dans le kyste (strychnine, morphine) (Friedereich de Heidelberg-Depaux, 1873). Mais ils abandonnèrent bientôt leur méthode en présence des phénomènes d'intoxication et de la mort de la mère ; soit par l'emploi de l'électricité (thèse de Lesouef, 1863 ; Bachetti, 1875).

Depuis le développement de la chirurgie abdominale, la laparotomie est seule employée.

2° Enfant viable. — Lorsque la grossesse date de plus de cinq mois et que l'enfant est viable, les opinions ont varié et le débat reste toujours ouvert.

II. — De l'indication opératoire.

L'intervention est toujours nécessaire, mais l'accord n'est pas encore fait sur le moment où il convient d'opérer.

Le débat tourne autour de trois considérations que l'on peut résumer ainsi :

1° Désir de sauver un enfant qui peut-être vivra, surtout lorsque la grossesse est déjà arrivée près de son terme ;

2° Mais danger de l'opération plus grand pour la mère lorsque le fœtus est vivant : au moment de l'incision ou du décollement du placenta, lorsque la circulation est en pleine activité, il se produit des hémorragies souvent mortelles. Par ailleurs, les fœtus ectopiens sont souvent mal formés et risquent de ne pas vivre ;

3° Danger également pour la mère de l'attente du terme, alors que la survie de l'enfant est très problématique.

1° Opération sur enfant vivant à terme. — La thèse des défenseurs de la vie de l'enfant est soutenue surtout en présence d'une femme dont la grossesse est parvenue au septième mois et se pose en ces termes :

Si l'état de la mère reste bon, on peut attendre la trente-cinquième ou trente-sixième semaine (meilleures conditions de viabilité pour l'enfant). Mais il est dangereux d'attendre un faux travail, car l'enfant meurt rapidement et les douleurs épuisent la mère.

Si l'enfant vient à mourir et que la mère ne présente pas de troubles graves, il vaut mieux attendre l'atrophie placentaire, c'est-à-dire deux à trois mois, risquant moins ainsi des hémorragies graves au moment de l'opération.

Certains chirurgiens allongent même la période où l'on doit rechercher à sauvegarder la vie de l'enfant. « Si la malade est au sixième mois, la vie du fœtus bien constatée, il nous semble impossible de considérer cet enfant, qui, en somme, n'a pas mal de chances de devenir viable, comme une simple tumeur maligne » (Couvelaire) ; et Pinard ajoute : « Je pense qu'à ce moment les dangers de l'hémorragie sont à peu près les mêmes qu'à la fin de la grossesse, parce qu'à cette époque le placenta a acquis en grande partie son développement. C'est pour cette raison que, ne faisant pas courir plus de danger à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant. Non qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de viabilité et dans les 2 cas où j'ai cru devoir attendre, deux fois les enfants sont morts au septième mois, c'est-à-dire

avant que j'aie pu intervenir d'une façon utile en leur faveur. »

Voyons les résultats donnés par cette opération :

Puech, en 1879, apporte une statistique d'opérations pour grossesse abdominale avec enfant vivant à terme et, sans donner aucun détail, constate les résultats suivants (20 cas) :

16 décès pour la mère ;

12 décès pour l'enfant.

Litzmann, en 1880, publiait une statistique de 10 cas à laquelle Maygrier ajoutait celle de Woerth, de sorte que, dans sa thèse d'agrégation de 1886, il arrivait au total de 17 opérations pour enfants vivants. Résultats :

15 morts pour la mère ;

2 guérisons pour la mère.

Pour les enfants :

9 sont morts en moins de cinquante heures ;

8 vécurent, dont 3 seulement avec détails ultérieurs.

Mortalité maternelle, 88,3 p. 100.

Harris (de Philadelphie), en 1887, rapporte 30 cas. Résultats :

25 décès pour la mère ;

5 succès pour la mère.

Pour les enfants :

16 succès plus ou moins durables.

Orillard, en 1894, rapporte 61 cas et distingue suivant l'état de santé de la mère au moment de l'opération :

8 fois la mère fut opérée *in extremis* atteinte de péritonite.

Il ne garde que 52 cas où l'opération fut tentée sur la mère bien portante :

Pour la mère (sur 52) :

28 guérisons ;

24 décès.

Pour l'enfant (sur 61) :

26 vivants ;

27 morts en moins de cinquante heures ;

8 morts à une époque plus éloignée.

Ceci fait une moyenne de succès de 54 p. 100 pour la mère et de 43,3 p. 100 pour l'enfant.

Beck, en 1919, rapporte 262 cas de grossesse abdominale (1909 à 1919) dans lesquels on intervint après le cinquième mois, l'enfant étant vivant. La mortalité pour la mère fut de :

- 30 p. 100 au sixième mois ;
- 37 p. 100 au septième mois ;
- 45 p. 100 au huitième mois ;
- 52,8 p. 100 au neuvième mois.

Cette statistique montre la gravité croissante de l'opération à mesure que la grossesse avance en âge, à l'encontre de l'opinion de Pinard, lequel considère l'intervention tout aussi dangereuse au sixième qu'au neuvième mois.

2° Opération après la mort du fœtus. — En présence de ces résultats peu encourageants, quelques chirurgiens conseillèrent d'attendre la mort du fœtus et de faire une opération retardée. Sur un placenta atrophie, où la circulation est depuis longtemps arrêtée, on n'a guère à redouter les hémorragies et l'opération est certainement moins grave :

Maygrier a 35 p. 100 de mortalité ;

Wœrth a 37 p. 100.

Pinard sur 12 cas à 11 succès.

Mais le grand défaut de cette opération est la période d'attente forcée depuis la mort du fœtus jusqu'à l'atrophie du placenta (deux à trois mois), pendant laquelle la femme court de grands dangers, soit que l'on assiste à une rupture du sac sur son insertion placentaire (hémorragie interne), soit à l'infection du placenta causant de la péritonite généralisée ou de la septicémie. Dans ces cas, on est forcé d'intervenir d'urgence, et Pinard dit : « Il est bien entendu que si les symptômes faisaient craindre une rupture ou une transformation purulente du contenu du kyste, je n'hésiterais pas à intervenir de suite au risque de courir les dangers de l'hémorragie, ceux-ci étant moins grands que ceux qu'on redoute. »

En somme, l'opération différée ne met pas complètement à l'abri de l'hémorragie et expose la femme à d'autres complications.

En présence de ces complications, soit qu'on attende le terme pour un enfant viable, soit l'atrophie du placenta après la mort du fœtus, l'opération présente toujours une très grande gravité et, tombant en pleine péritonite, on n'arrive pour ainsi dire jamais à sauver la mère. Orillard cite 8 observations dans ce cas. Les huit femmes succombèrent, deux enfants furent sauvés.

3° Opération précoce. — C'est pourquoi, redoutant à juste titre les complications mortelles malgré l'opération, la tendance de beaucoup de chirurgiens, à l'heure actuelle, est d'opérer toute grossesse ectopique aussitôt reconnue, négligeant de parti pris l'enfant et recherchant seulement la survie de la mère en l'opérant dans de bonnes conditions. Ils opèrent après le septième mois comme avant, les dangers de l'expectative étant plus grands que ceux de l'intervention. Zweifel cite une malade de Lichtenstein, presque au terme de sa grossesse, qui mourut d'hémorragie la veille du jour fixé pour l'opération. En effet, quoi qu'on en ait dit, les accidents de rupture ou d'hémorragie sont fréquents après le septième mois et se présentent sous une forme cataclysmique.

Vallois, Delmas et Roume en rapportent une observation caractéristique.

OBSERVATION IV

Pendant qu'au début de la matinée une primigeste de 30 ans se rend au marché, elle éprouve brusquement des douleurs abdominales violentes, accompagnées d'efforts de vomissement.

Rentrée à grand'peine chez elle, se sachant au septième mois d'une grossesse jusqu'alors d'apparence normale, à l'exception de quelques pertes sanguines survenues le matin dans les premières semaines, cette femme se croit sur le point d'accoucher et fait appeler la sage-femme. Après examen rapide, l'accoucheuse déclare que sa cliente n'est pas en travail, mais frappée par l'altération rapide et profonde de l'état général, elle conseille la venue d'un consultant.

Appelé dans le courant de l'après-midi, l'un de nous se rend compte, dès l'abord, de la gravité de l'état de la malade qui ne peut

être soignée sur place et dont il ordonne le transfert à la Maternité.

Dès l'entrée à la clinique, on note : facies tiré, nez pincé, yeux excavés, respiration rapide et superficielle, extrémités froides, pouls petit, rapide et filant.

Quoique présentant un certain degré d'agitation, la femme répond nettement aux questions qui lui sont posées, en particulier que depuis le matin elle a uriné spontanément, est allée à la selle et a eu dans l'intervalle plusieurs évacuations de gaz.

Siège d'un énorme météorisme et très douloureux, le ventre ne permet aucun palper. L'auscultation la plus attentive ne permet d'y retrouver aucun bruit fœtal. Le toucher montre l'excavation encombrée par une masse volumineuse de consistance molle et de contenu indistinct. Sur ce dôme, il faut aller très en avant derrière la symphyse pubienne pour repérer le col effacé et entr'ouvert. Le doigt explorateur ramène un peu de sang.

De ce tableau symptomatique quelque peu obscur, aucune conclusion diagnostique bien nette ne se détache que cette position d'attente, syndrome péritonéal aigu. Mais l'origine n'en pourra être établie que par la laparotomie qui, son but thérapeutique une fois rempli, permettra, pièces en main, de vérifier si une rupture utérine n'est pas en cause.

Sitôt la malade remontée par les procédés habituels, l'intervention est pratiquée sous anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Opération. — La paroi incisée sur la ligne médiane, une membrane rougeâtre fait hernie à travers la plaie, fortement distendue qu'elle est par un contenu gazeux. Il ne s'agit pas du gros intestin, car il n'existe pas de bandelettes longitudinales, mais sans doute du feuillet pariétal de la séreuse. De fait, une moucheture pratiquée dans ce feuillet laisse échapper avec un sifflement un jet de gaz. Agrandie par le haut et le bas, l'ouverture montre que l'on est dans la grande cavité péritonéale. Une masse volumineuse s'offre aussitôt donnant l'apparence d'un utérus gravide. Toute tentative de dégagement en vue de l'extériorisation est impossible du fait de nombreuses adhérences plutôt serrées.

La tumeur va donc être incisée sur place en vue d'extraire le fœtus, mais elle se déchire et vient par lambeaux dans les pinces comme le

ferait un utérus sphacélé. Au cours des manœuvres de décortication, cette poche, étroitement soudée aux viscères avoisinants, se rompt et découvre un fœtus macéré qui est extrait facilement. Il pèse 880 grammes et mesure 38 centimètres de long.

Le champ opératoire déblayé, on aperçoit au-devant de cette masse prise jusqu'alors pour un utérus gravide une seconde masse des dimensions du poing constituée elle-même, sans discussion possible, par l'utérus un peu augmenté de volume auquel sont appendues des annexes parfaitement reconnaissables.

Dès lors, le diagnostic s'impose : grossesse extra-utérine avec œuf développé dans la cavité abdominale, au milieu des anses intestinales.

Il reste encore, le fœtus extrait, à décortiquer la poche ovulaire en la séparant de l'intestin avec précaution. Deux perforations du grêle apparaissent dont les bords infiltrés et contus montrent avec évidence l'origine nécrotique. Elles sont suturées et enfermées selon la technique habituelle.

Comme l'appareil génital paraît sain, il n'y a pas lieu de procéder à l'hystérectomie.

Le Douglas, encombré de masses placentaires, du volume d'une mandarine, est déblayé, puis drainé par le vagin à l'aide de deux gros tubes en canon de fusil.

Après tamponnement au Mickulicz, la paroi abdominale est partiellement refermée, terminant ainsi une opération quelque peu laborieuse et d'assez longue durée.

L'anesthésie a été menée avec une extrême prudence et la spoliation sanguine réduite au minimum.

Rapidement emportée dans son lit, on s'efforce de la réchauffer; la malade n'en est pas moins choquée et le sérum artificiel, l'huile camphrée et la strychnine, prodigués dans les heures qui suivent, n'empêchent pas la mort de survenir aux environs de minuit.

Cette observation, intéressante à tant d'égards, l'est surtout par l'appui qu'elle apporte à l'opinion de ceux qui, à l'exemple de Bégouin, estiment que les grossesses extra-utérines doivent être opérées après le cinquième mois comme elles le sont avant.

Conclusion.

Aussi, la méthode de temporisation est-elle presque complètement abandonnée.

A l'heure actuelle, il ne reste plus que deux opérations en présence :

Opération précoce pour sauver la mère ;

Opération à terme cherchant surtout à sauver l'enfant.

Quant à l'opération retardée après la mort du fœtus et l'atrophie du placenta, elle joint aux inconvénients de la temporisation la perte de l'enfant et ne conserve aucun des avantages des deux autres méthodes.

En pratique, la conduite à tenir sera donc celle-ci : opérer dès le diagnostic posé.

Mais si l'opération précoce est la plus prudente, bien souvent on n'est pas mis à même de la pratiquer ; en particulier, lorsque le diagnostic n'est fait que tardivement, on se trouve amené par les circonstances à n'opérer qu'au terme de la grossesse et, dans ce cas-là évidemment, on doit se préoccuper de la survie de l'enfant.

L'observation de MM. Lacouture et Massé offre un exemple où cette ligne de conduite fut appliquée pour le plus grand bien, d'ailleurs, de la mère et de l'enfant.

OBSERVATION V

Malade âgée de 33 ans, ménagère, entrée, le 3 octobre 1924, à l'Hôpital Tastet pour une grossesse compliquée de tumeur abdominale.

1° *Histoire de la maladie.* — La malade fait remonter sa grossesse au mois de février 1924 où la période des règles a été remplacée par des pertes très légères de sang rouillé ayant duré deux jours.

Au mois de mars également, la période cataméniale a été marquée par un écoulement de sang rouillé ayant la même durée et la même abondance que le mois précédent.

Au mois d'avril, la malade est prise de douleurs assez violentes dans le bas-ventre, du côté gauche; douleurs ne s'accompagnant ni de vomissements, ni de fièvre, ni d'arrêt des matières et des gaz. Un médecin consulté attribue ces douleurs à une constipation opiniâtre. Deux ou trois jours après, apparaissent de fortes coliques, toujours du côté gauche du ventre, qui sont calmées légèrement après l'application de cataplasmes laudanisés. Au milieu du mois d'avril, la malade expulse un caillot gros comme une mandarine, mais les douleurs ne sont pas atténuées et la malade est obligée de garder le lit.

Au mois de mai 1924, au moment présumé de ses règles, la malade est prise de pertes sanguinolentes qui durent plusieurs jours. A ce moment, on pense qu'elle a fait une fausse couche avec rétention placentaire. La malade est alors envoyée à l'Hôpital Tastet où l'on pratique un curettage. A la suite de cette intervention, les douleurs abdominales disparaissent en même temps que les pertes. Cette amélioration se maintient deux mois à la suite desquels la malade recommence à souffrir du ventre, du côté droit cette fois-ci. Ces douleurs sont des sensations de torsion quelquefois très violentes qui surviennent par crises et qu'aucun traitement ne calme.

Examinée au mois d'août, on ne trouve rien d'objectif. Mais au mois de septembre, l'abdomen augmentant de volume d'une façon notable et les règles étant toujours absentes, on pense à une nouvelle grossesse.

Au mois d'octobre, la malade est prise de douleurs très violentes dans la partie gauche de l'abdomen survenant le jour et la nuit par crises durant environ une demi-heure. La malade dit qu'elle sentait bouger une boule et c'est au moment où se produisaient ces mouvements que les douleurs étaient les plus violentes.

MM. Rivière, Princeteau (1) et Lacouture, appelés en consultation,

(1) M. le professeur Princeteau (communication verbale) n'a vu la malade qu'un mois après le curettage fait par M. le docteur Lacouture. Il a soupçonné immédiatement une grossesse extra-utérine à gauche qui s'est développée sous ses yeux pour ainsi dire.

Vers le mois de juillet, son opinion était faite sur la nature abdominale de cette grossesse et sur la vitalité de l'enfant. Aussi, n'ayant jamais rencontré ni le profes-

concluent que la malade présentait un utérus gravide d'environ quatre mois remontant dans la partie droite de l'abdomen ; à gauche, on sentait une tumeur volumineuse, comme une grosse tête d'adulte, rénitente, lisse, qui occupait tout le flanc gauche, paraissant indépendante de l'utérus. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire et grossesse.

La malade continuant à souffrir malgré le repos absolu au lit, on décide une intervention qui aura pour but d'enlever cette tumeur, afin de permettre à la grossesse d'être menée à terme.

A cet effet la malade entre à l'Hôpital Tastet-Girard le 2 octobre 1924.

2° *Antécédents*. — Dans les antécédents héréditaires on ne relève rien de particulier sinon que sa mère, âgée de 58 ans, présente un fibrome utérin. Elle a fait deux fausses couches et a quatre enfants. Les antécédents personnels de la malade sont bons ; elle n'a pas eu de maladie d'enfance ; elle a été réglée à 15 ans, mais toujours en très petite quantité quoique très régulièrement. Elle a été mariée, à l'âge de 31 ans, à un employé de la Compagnie du Midi en bonne santé.

C'est la première fois qu'elle est enceinte.

3° *Examen*. — Il s'agit d'une femme d'une corpulence assez forte, en bonne santé apparente, et qui, dans l'intervalle de ses crises douloureuses, dit se sentir relativement bien.

A l'examen de l'abdomen :

L'inspection montre une augmentation de volume notable avec le relief d'une tumeur qui siège dans le flanc et l'hypocondre gauche soulevant le rebord des fausses côtes.

La palpation montre :

A droite, une tumeur ovoïde, régulière, tendue, mate, grosse comme un utérus gravide de quatre mois ;

A gauche, on sent une tumeur plus volumineuse, légèrement bosselée, très dure, mate, allongée dans le sens longitudinal, peu

seur Rivière, ni le docteur Lacouture auprès de cette parturiente, bien conscient de sa responsabilité, il lui conseillait à chaque visite de se confier sans retard à son chirurgien.

mobile et douloureuse à la palpation. Cette tumeur, au dire de la malade, se déplace, et c'est à ce moment que la douleur est la plus violente. Ces déplacements n'ont jamais été constatés.

L'auscultation ne révèle rien; à un examen, il semble cependant qu'on entend des bruits du cœur extrêmement lointains et mal localisés. Ces bruits ne sont plus perçus au cours d'autres examens.

Le toucher montre un col mou assez élevé; à droite, le cul-de-sac est rempli par une tumeur rénitente qui semble être l'utérus et dont la mobilité très légère se transmet au col. Il est impossible par le toucher de percevoir la deuxième tumeur.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade continue à souffrir. Le 6 octobre, pour la première fois, la malade a un vomissement et une légère élévation thermique. On pense que le kyste est en train de se tordre. L'intervention est décidée.

Le professeur agrégé Faugère, qui examine la malade à ce moment, porte seul le diagnostic de grossesse abdominale.

4^e *Intervention.* — Le 8 octobre 1924, anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dès le ventre ouvert, le champ est masqué par le grand épiploon qui est très vascularisé et épaissi. Vers la droite, tout au fond du petit bassin, on aperçoit une tumeur arrondie, violacée qu'on prend pour l'utérus. Pas de tumeur appendue à cet utérus.

En soulevant l'épiploon, une grande quantité d'eau s'écoule et l'on voit un bras sortant d'une loge masquée par le grand épiploon, et formée par le côlon transverse et les anses grêles agglomérées. Décollement des anses et ouverture de cette loge qui permet de dégager un enfant du sexe féminin à terme, dont les cheveux et une partie du crâne sont extrêmement adhérents au côlon et au mésocôlon transverse. Ces adhérences sont détruites peu à peu. Section du cordon entre deux pinces et l'enfant qui paraît mort est placé dans un plateau et abandonné.

L'examen de l'abdomen montre alors sur la partie médiane, légèrement inclinée vers la gauche, une masse ressemblant à l'utérus, munie de deux cornes adhérentes à l'intestin grêle. Un examen plus attentif montre qu'il s'agit d'anses intestinales adhérentes entre elles et qu'on peut assez aisément séparer.

Enfin, dans la fosse iliaque droite, adhérant au péritoine antérieur, au cæcum, et plongeant vers le pelvis, on trouve le placenta que l'on peut extraire assez facilement. Il reste une vaste cavité saignant en nappe qui est tamponnée au Mickulicz.

A aucun moment on n'a vu l'utérus, et l'opération ayant été assez longue, les anses intestinales ayant subi pas mal de malaxations, on n'a pas cru devoir le rechercher.

Fermeture du ventre en trois plans laissant à la partie inférieure de l'incision passage pour le Mickulicz.

Pendant qu'on continuait l'opération, l'enfant fait quelques mouvements respiratoires et est ranimé avec facilité. Il s'agit d'une fille pesant 3 kil. 450, bien conformée, sauf que la face est asymétrique, saillante à droite et aplatie à gauche; la région occipitale paraît anormalement allongée.

5° *Suites opératoires.* — Les suites opératoires ont été simples; la montée du lait s'est faite normalement comme après une césarienne, mais on n'a pas cru devoir laisser la mère allaiter.

Le Mickulicz a été enlevé le douzième jour. La malade a commencé à se lever le vingt-cinquième jour et elle est sortie de l'hôpital guérie.

L'enfant, grâce aux bons soins qu'on lui a prodigués à la clinique obstétricale, a augmenté normalement de poids et les malformations dont elle était atteinte se sont un peu atténuées.

6° *Conclusions.* — 1° Il y a lieu de retenir de cette observation l'erreur de diagnostic classique qui a fait prendre pour un avortement banal la rupture d'une grossesse extra-utérine;

2° Un traumatisme utérin important pratiqué à cette époque n'a pas autrement gêné le développement de la grossesse abdominale;

3° La survie de l'enfant, assez rare, est également digne de remarque. M. Lacouture a opéré cinq grossesses abdominales avec, chaque fois, enfant mort, ce qui est la règle;

4° Mais ce qui est intéressant, c'est que cette enfant, à l'encontre de beaucoup d'ectopins, n'a que d'assez légères malformations qui se sont, du reste, atténuées au cours du développement;

5° Il est également un point de technique sur lequel nous désirons

attirer l'attention. C'est sur la façon de traiter le placenta; cinq fois l'un de nous a pu l'enlever complètement; cette fois-ci également l'extirpation a été facile et si nous n'avons pas osé aller jusqu'à la fermeture sans drainage, nous estimons que le drainage à la Mickulicz donne dans des cas assez de sûreté pour ne pas être obligé de marsupialiser le placenta comme il est classique de le faire.

CHAPITRE VI

Technique opératoire.

En présence d'un enfant vivant, il existe deux voies d'accès pour l'extraire :

La voie vaginale (élytrotomie);

La voie abdominale (laparotomie).

L'élytrotomie est une opération à peu près complètement abandonnée à l'heure actuelle, car elle ne peut convenir qu'à des cas bien spéciaux où le kyste, bas situé, est d'accès facile.

Elle offre comme avantages une élimination plus facile des parties solides et liquides contenues dans le sac et elle supprime le danger d'éventration postopératoire. Mais c'est une intervention aveugle et qui laisse le chirurgien impuissant à arrêter l'hémorragie habituelle.

Aussi l'opération par voie abdominale est la seule pratiquée maintenant. Donnant un large jour dans l'abdomen, elle permet de voir ce que l'on fait et de pouvoir utilement agir aussi loin que s'étendent les lésions.

Le gros danger immédiat de l'opération est toujours l'hémorragie causée par les conditions anormales d'insertion du placenta auquel vont aboutir des vaisseaux, parfois énormes, tributaires le plus souvent des artères utérines et utéro-ovariennes.

La rupture d'un vaisseau lors de l'extraction d'un fœtus ou plus souvent le décollement du placenta produisent des hémorragies en nappe très tenaces et dont l'hémostase est toujours difficile ou voire impossible. On a bien proposé (Couvellaire) de faire la ligature des artères dont est tributaire le placenta avant

d'entreprendre quelque manœuvre sur l'œuf. Mais ce qui, théoriquement, est la meilleure solution se trouve pratiquement impossible à réaliser, la présence de l'œuf bouchant l'accès sur les troncs artériels.

La conduite de l'opération est d'ailleurs subordonnée aux dispositions anatomiques que l'on trouve.

D'une façon générale, il y a grand intérêt à connaître, dès avant l'opération, le lieu d'insertion du placenta, ne serait-ce que pour choisir une voie d'accès dans les cas où, comme cela se rencontre fréquemment, le placenta se trouve inséré en avant d'un sac adhérent. Si la mobilisation du sac était impossible, il faudrait cependant transpercer rapidement le placenta et faire comprimer chaque lèvre pendant l'extraction de l'enfant.

Lorsque le sac et le placenta se trouvent noyés au milieu des viscères (intestin, vessie, utérus) et intimement soudés à eux par des adhérences, on ne peut songer, sans risquer des perforations et des hémorragies mortelles, à les en décoller. Force est donc d'abandonner le sac et le placenta dans l'abdomen qu'on referme et qu'on draine selon les cas.

L'abdomen refermé, il se produit avec le temps une atrophie et une dégénérescence du sac qui se momifie et peut se résorber presque complètement. Néanmoins, cette manière de procéder est grosse de dangers, car, le plus souvent, on assiste à la putréfaction du placenta qui entraîne rapidement la mort de la mère par septicémie.

Il faut donc chercher avant tout à débarrasser la femme de l'arrière-faix si dangereux à conserver. Le simple drainage semble bien insuffisant, comme le montre l'observation suivante.

OBSERVATION VI

CROUZAT et JEANNEL.

M^{me} Paule P..., primipare, 32 ans; dernières règles, 18 juin 1896. Juillet, coliques.

Août, coliques plus fortes, augmentation du volume du ventre,

douleur au seul contact, vomissements, péritonite, durée dix-sept jours.

En novembre, mouvements actifs.

En janvier, elle entre à la Maternité.

Femme fatiguée, facies péritonéal, douleurs au moindre mouvement de la mère ou du fœtus.

Examen. — Le ventre a le développement d'une grossesse de 8 mois.

Palpation : Au-dessus de l'ombilic, dans l'hypocondre gauche, on trouve la tête fœtale. Dans le flanc droit, un peu au-dessous de l'ombilic, on trouve l'autre pôle fœtal.

Au-dessous de l'ombilic, on perçoit un plastron situé derrière la paroi abdominale antérieure remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et descendant dans l'excavation.

Auscultation positive dans le voisinage de l'ombilic.

Toucher : Col long, très ramolli, mais fermé, non dévié. Le détroit supérieur est libre et, quelque pression qu'on exerce avec la main abdominale, aucune partie fœtale ne peut être atteinte par le doigt.

Cathétérisme utérin : Utérus long de 12 centimètres, col malade, granuleux, saignant.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine abdominale secondaire ayant résulté probablement d'une grossesse tubaire, rupturée à 2 mois $1\frac{1}{2}$.

Opération. — Laparotomie sous-ombilicale : Enfant vivant dans l'abdomen, adhérences de la tête à la paroi abdominale, cordon adhérent, sectionné entre deux pinces. Aussitôt, hémorragie en nappe très intense, probablement par décollement du placenta qui forme un plastron s'enfonçant profondément dans le petit bassin et remontant contre la paroi abdominale.

Tous les caillots sont enlevés, on assèche complètement. La masse intestinale, le placenta et l'utérus étant refoulés en avant et en bas, on introduit une très grande quantité de gaze ; quelques sutures au bas de l'incision.

On n'a vu que la face kystique du placenta et on ne sait pas s'il s'insère sur l'utérus ou sur la masse intestinale. Le péritoine pariétal est recouvert d'une membrane grisâtre épaisse de 1 centimètre.

Suites opératoires. — L'enfant meurt le soir.

Dès le premier jour, la mère a de la fièvre, des vomissements et tous les symptômes de septicémie. Malgré les lavages fréquents du kyste et l'extraction au fur et à mesure des fragments de placenta qu'on pouvait enlever, elle meurt au bout d'un mois.

Autopsie. — Le placenta est adhérent à la moitié inférieure et interne de la fosse iliaque droite, à la paroi abdominale qui est en rapport avec cette portion de la fosse iliaque, à la moitié droite de la vessie, à tout le ligament large droit, aux vaisseaux iliaques (primitifs, internes et externes), les communications entre les vaisseaux iliaques et les espaces lacunaires sont très nombreuses et de fort calibre.

Le poids du placenta à l'autopsie est de 280 grammes.

Le placenta est adhérent à toute la partie inférieure de la poche fœtale.

Il n'y a aucune perforation qui fasse communiquer la poche fœtale avec les viscères abdominaux. Le kyste fœtal est adhérent à la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus du placenta, au péritoine qui recouvre la portion interne du bord inférieur du foie, aux anses grêles, au repli de Douglas, à la paroi postérieure de l'utérus, à la paroi postérieure de la vessie, à la paroi abdominale, au bord droit du grand épiploon. En somme, il occupe toute la partie droite de l'abdomen, en avant du côlon transverse, du côlon ascendant, du cæcum et des anses grêles.

L'utérus, petit, a subi un mouvement de torsion sur son axe. Aucun vestige de trompe et d'ovaire droits, la trompe et l'ovaire gauches ne présentent rien d'anormal.

Les côlons pelvien et descendant sont noyés dans des adhérences au centre desquelles il y a de nombreux abcès. Toute la masse intestinale grêle est repoussée dans la partie gauche.

Parmi les autres moyens se proposant d'éliminer le délivre, il en est deux qui donnent d'assez bons résultats :

1° Procédé de Martin (de Berlin). — Il résèque du sac tout ce qu'il peut en enlever, puis suture entre elles les parties restantes de façon à isoler l'intérieur du sac de la cavité péritonéale. Drainage par le vagin.

2° La marsupialisation consiste à suturer le sac au péritoine pariétal, au niveau des lèvres de l'incision, lui donnant ainsi largement le jour vers l'extérieur et l'isolant des viscères abdominaux. La cavité est bourrée de gaze.

L'élimination se fait vers le quatorzième jour; tantôt le placenta est expulsé en totalité, tantôt par lambeaux plus ou moins volumineux et peut mettre assez longtemps à s'éliminer complètement.

Ces procédés cependant ne mettent pas complètement à l'abri des complications tardives, soit hémorragies secondaires, septicémie ou péritonite. Lorsque le placenta sera laissé en place, il ne faudrait pas hésiter en cas d'accident à faire une opération secondaire.

De plus, la convalescence est fort longue, donnant lieu à des fistules interminables, sphacèle, et souvent laissant après elle une éventration.

3° Ablation totale du sac. — Un troisième procédé consiste à pratiquer l'ablation totale du sac et du placenta aussitôt l'enfant extrait. En égard aux dangers d'infection, cette conduite est certainement la meilleure. Mais bien souvent elle est rendue impossible par le fait des adhérences avec les viscères, le décollement risquant soit de provoquer une perforation dans un organe creux, soit de répandre le pus en cas d'infection du kyste fœtal. Elle ne doit donc s'adresser qu'à des sacs non adhérents et non septiques.

Un autre inconvénient qui bien souvent fait hésiter à pratiquer le décollement du placenta est la gravité de l'hémorragie qui se produit toujours et est beaucoup plus importante qu'avec toute autre manœuvre, surtout lorsque l'enfant est vivant et la circulation placentaire en pleine activité.

Le seul moyen direct que l'on ait de lutter contre cette hémorragie est le tamponnement. Il est en effet impossible de poser des ligatures, la plaie saignant en nappe. Le tamponnement sera réalisé par le sac de Mickulicz qui agit d'une façon beaucoup plus active que les mèches simples, même serrées. Le grand sac de Mickulicz est bourré de petites compresses et

forme un tampon compressif homogène seul capable d'arrêter les hémorragies en nappe tenacées.

Il assure en plus un excellent moyen de drainage des liquides plus ou moins septiques qui infectent la plaie; il réalise en même temps un barrage à la limite de la cavité pelvienne, isolant ainsi complètement les organes abdominaux du foyer d'infection possible.

En général, grâce au Mickulicz, les suites opératoires sont des plus bénignes et évoluent presque sans fièvre.

D'autre part, l'ablation et le remplacement des mèches contenues dans le sac sont beaucoup moins douloureuses que lorsqu'elles sont à nu. Le sac est éliminé quasi spontanément vers le dixième ou douzième jour, permettant alors la suture solide d'une paroi abdominale saine.

En résumé, toutes les fois que l'ablation du délivré sera possible, c'est à cette technique qu'il faudra donner la préférence comme exposant le moins aux complications infectieuses et donnant les suites opératoires les meilleures, cela malgré le danger de l'hémorragie dont, la plupart du temps, on se rend maître grâce au Mickulicz.

L'hystérectomie, le plus souvent, n'est pas nécessaire, elle ne sera faite que dans les cas où le placenta s'insérerait largement sur l'utérus, dans sa plus grande étendue, ou lorsque la matrice serait rendue extra-abdominale dans certains cas de marsupialisation.

Cependant, quelques auteurs conseillent l'ablation des annexes et de l'utérus dans tous les cas, par crainte des récidives de grossesse extra-utérine, comme le fait se présente parfois. Cette éventualité est rare et la plupart du temps on peut éviter à la femme cette mutilation.

CONCLUSIONS

1° Depuis plus d'un demi-siècle qu'elle a été annoncée, la formule de Wœrth concernant la grossesse extra-utérine, bien que souvent considérée comme trop absolue, garde toute sa valeur. La grossesse ectopique abdominale est une « tumeur maligne » ;

2° Dès les premiers jours, elle constitue une menace permanente pour la mère, et l'avenir de l'enfant est fort hypothétique. L'opération précoce doit donc être la règle ;

3° Mais les difficultés souvent très grandes du diagnostic retardent bien souvent l'action du chirurgien. On doit parer à ce risque par une connaissance plus approfondie des caractères et de l'évolution de la grossesse ectopique ;

4° Si le diagnostic est posé dans les premiers mois, il convient d'opérer la femme avant l'apparition des accidents, ceux-ci étant le plus souvent mortels ;

5° Même après le cinquième mois, il serait imprudent, dans l'espoir d'obtenir un enfant viable, de laisser la mère continuer une grossesse pleine de dangers.

Ce ne sera qu'en présence d'une femme près du terme qu'on tentera de sauver l'enfant en même temps que la mère ;

6° Dans ce cas, chaque fois qu'on en aura la possibilité, l'ablation totale du sac et du placenta sera considérée comme la conduite présentant le plus de sécurité, d'autant plus que, grâce à l'emploi du tamponnement à la Mickulicz, on arrive le plus souvent à se rendre maître des accidents hémorragiques, et qu'on n'a pas à redouter les complications infectieuses et autres si fréquentes avec l'emploi des autres méthodes.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

L. PRINCETEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER : —

Bordeaux, le 4 novembre 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AUMONT. — Des grossesses extra-utérines et en particulier de la grossesse abdominale. Thèse de Paris, 1875.
- BECK (A.-C.). — Treatment of extra-uterine pregnancy after the fifth month. *I. Am. M. Ass.*, Chicago, 1919, 962, 955.
- BÉGOUIN. — Traité de gynécologie.
- BÉGOUIN, DARAIGNEZ, MASSÉ. — Sur un cas de grossesse extra-utérine. *Bull. Soc. obst. et gynéc.*, Bordeaux, 3 février 1925.
- BINET et BARTHÉLEMY. — Deux nouveaux cas de grossesse abdominale rompue. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1921, XLVIII, 104.
- CHATON. — État particulier du collapsus dans un cas de grossesse extra-utérine rompue. Soc. d'obst. et gynéc., Nancy, 19 janvier 1921.
- COUVELAIRE. — Études anatomiques sur les grossesses tubaires. Thèse de Paris, 1901.
- CROUZAT et JEANNEL. — Grossesse extra-utérine abdominale secondaire. Enfant vivant. Laparotomie au huitième mois. Mort de l'enfant le même jour. Mort de la mère un mois après par infection et putréfaction du placenta. Autopsie. *Revue d'obst. internationale*, Toulouse, 1897, III, 145 et 221.
- DESCARGUES. — De la grossesse extra-utérine dite abdominale. Thèse de Paris, 1873.
- DELANNOY. — La pratique du Mickulicz en gynécologie. Soc. obst. et gynéc., Lille, 25 février 1925.
- DRESSE, FORGET-URION. — Cas d'accident tardif posthémorragique. *Bull. Soc. obst. et gynéc.*, Bordeaux, 1919, mai 1925.
- DUBOUCHER (Henri). — Grossesse tubaire récidivée. Quelques remar-

- ques sur les douleurs dans les grossesses ampullaires et traitement des grossesses tubaires doubles ou récidivées. *Bull. Soc. d'obst. et gynéc.*, Alger, 1925.
- FOSSATI. — Contribution à l'étude de la grossesse ovarique. In *Annali di ginecologia e ostetrica*, Milano, 31 juillet 1920.
- FOURNIER. — Grossesse tubo-abdominale. Laparotomie. Guérison. Soc. d'obst. et gyn., Toulouse, 28 janvier 1925.
- ROUVILLE (DE) et COHEN. — Hématocèle rétro-utérine par avortement d'une grossesse infundibulo-abdominale. *Montpellier médical*, 1920, XLIII, 71, 75.
- JACQUIN. — Un cas de grossesse abdominale primitive. Soc. de gynéc., Paris, 4 décembre 1920.
- LACOUTURE et MASSÉ. — Grossesse abdominale. Intervention. Enfant vivant. Soc. d'obst. et gynéc., Bordeaux, 6 janvier 1925.
- LICHTENSTEIN. — Direction « basiotrope » de l'insertion placentaire comme condition de l'arrivée à terme ou près du terme des grossesses tubaires ou ovariennes. Soc. d'obst. et gynéc., Leipzig, 19 août 1920.
- LOICQ (René). — Quelques considérations sur 30 cas de grossesse extra-utérine. Soc. belge de chirurgie, 21 décembre 1920.
- MAYGRIER. — Thèse d'agrégation, 1886.
- METZGER (Marcel). — A propos du diagnostic de la grossesse extra-utérine. Soc. d'obst. et gynéc., Paris, 25 mai 1921.
- MICHEL et VERMELIN. — Grossesse extra-utérine rompue dans les suites immédiates d'un avortement utérin. Inondation péritonéale. Intervention. Guérison. *Bull. Soc. obst. et gynéc.*, Nancy, 15 juillet 1925.
- MOURE. — Grossesse abdominale au sixième mois. Laparotomie. Extirpation du placenta. Guérison. *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1914-1915, LXXXIX, 432, 436.
- ORILLARD. — De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable. Thèse de Paris, 1873.
- PINARD. — *Bull. de l'Académie de médecine*, 6 août 1875.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PUECH. — Statistique des résultats de 199 grossesses abdominales. *Bull. de Soc. de médecine d'Amiens*, 1879, IX, XII, 121.

RIBEMONT-DESSAIGNES — Traité d'obstétrique.

RIVIÈRE et LACOUTURE. — Grossesse abdominale chez une femme ayant subi antérieurement l'opération césarienne. *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1920, XLI, 10.

RUBSAMEN. — Clinique et thérapeutique de la grossesse extra-utérine. Soc. d'obst. et gynéc. de Dresde, 13 février et 18 mars 1920.

SHONEN. — Grossesse abdominale. Enfant vivant et à terme. Laparotomie. Guérison. Soc. belge de gynéc. et obst., Bruxelles, 1891, II, 142, 149.

SIMON. — *Mémoire de l'Académie royale de chirurgie*, 1768.

VALLOIS, DELMAS et ROUME. — Rupture de grossesse extra-utérine au septième mois. *Bull. Soc. obst. et gynéc.*, Montpellier, 3 juin 1925.

VANVERTS. — Grossesse abdominale de 6 mois 1/2. Suppuration du kyste fœtal. Soc. d'obst. et gyn., Lille, 23 février 1921.

